

GYERMEKPSZICHIÁTRIA A FELNŐTT PSZICHIÁTRIÁNAK: HOVA LESZNEK A TIPIKUSAN GYERMEKKORI KÓRKÉPEK FELNŐTTKORBAN?

BALÁZS JUDIT, GÁDOROS JÚLIA, PREKOP CSILLA
Vadaskert Alapítvány, Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia

ÖSSZEFOGLALÁS

Jelen tanulmányunk célja három kórkép az autizmus, a figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (ADHD) és a Tourette-szindróma rövid bemutatása.

Nemzetközi adatok szerint az autizmus gyakorisága 2-5/10000 és a tünetek egy életen át fennmaradnak; az ADHD gyermek- és serdülőkorban 2,4-12,0%-ban fordul elő és 30-50%-ban okoz problémát felnőttkorban is; míg a gyermekek és serdülők 1-6,6%-nál fordul elő tic zavar és ez az esetek 10%-ban marad meg felnőttkorra is. Hazai adatok szerint azonban a felnőtt pszichiátriai gyakorlatban viszonylag ritkán fordulnak elő ezek a diagnózisok.

Felnőtt esetek ismertetésén keresztül szeretnénk ezen kórképek tünettanát, kezelési lehetőségeit, életminőségre gyakorolt hatását bemutatni és így elősegíteni, hogy ha autizmussal, ADHD-val, illetve Tourette-szindrómával élő felnőttek szakemberhez kerülnek, felismerésre kerüljön, hogy a nehézség hátterében ezen kórképek állnak és adekvát terápiában részesüljenek.

KULCSSZAVAK: autizmus, figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (ADHD), Tourette-szindróma

CHILD-ADOLESCENT PSYCHIATRY TO ADULT PSYCHIATRY: CAN WE FIND THOSE DISORDERS IN THE ADULTHOOD WHICH ARE TYPICALLY DIAGNOSED IN THE CHILDHOOD?

The aim of the current manuscript is to provide a short overview on autisms, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and Tourette syndrome.

According to international data, the prevalence of autisms is 2-5/10000 and the symptoms persistence during the entire life; the prevalence of ADHD among children and adolescents is 2,4-12,0% and the symptoms cause problem in 30-50% in the adulthood as well; while the prevalence of tic disorder is 1-6,6% among children and adolescents and the symptoms persistence in 10% in adulthood. According to Hungarian data, these disorders are relatively rare in adult psychiatric practice.

Presenting case reports of adults with autisms, ADHD and Tourette syndrome, we would like to demonstrate the symptoms, treatment possibilities of these disorders and how they can influence the patients' quality of life.

KEYWORDS: autism, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and Tourette syndrome

Bevezetés

Az autizmus, a figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (ADHD) és a Tourette-szindróma, három olyan pszichiátriai zavar, melyeket a gyermek-, és ifjúságpszichiáterek a mindennapi munkájuk során (gyakran) diagnosztizálnak, azonban tudomásunk szerint a felnőtt pszichiáterek viszonylag ritkán adják ezen diagnózisok bármelyikét a praxisukban megforduló pacienseknek.

A kézirat a XI. Magyar Neuropszichofarmakológiai Kongresszuson (Tihany, 2008. október 2-4.) elhangzott, a „Gyermekpszichiátria a felnőtt pszichiátriának: hova lesznek a tipikusan gyermekkorban diagnosztizált kórképek felnőttkorban?” című szimpózium alapján készült.

E három kórképben közös vonás az, hogy definíció szerint gyermek-, illetve serdülőkorban kezdődnek: az autizmus jellegzetes tüneteinek 3 éves kor előtt, az ADHD tüneteinek 7 éves kor előtt, a Tourette-szindróma tüneteinek pedig 18 éves kor előtt meg kell jelenniük és funkciókárosodást kell okozniuk ahhoz, hogy a diagnózis felállítható legyen (American Psychiatric Association, 1994). Ebből adódik, hogy amennyiben a gyermek elke-

rül szakemberhez a diagnózist először gyermek-pszichiáter állítja fel. Ha áttekintjük ezeknek a kórképek az epidemiológiai adatait, kiderül, hogy nagy valószínűséggel a felnőtt pszichiátrián is megfordulnak olyan paciensek nagyobb számban, mint ahogy diagnosztizálásra kerülnek, akiknek a problémáikat e három kórkép valamelyike okozza:

- Az autizmus definíciója az utóbbi években megváltozott, így míg az 1960-as években az epidemiológiai vizsgálatok az autizmus gyakoriságát 2-5-nek találták 10.000 főre, addig ma a teljes spektrumot tekintve (a Kanner-féle „klasszikus autizmustól az Asperger-szindrómáig) ezek az adatok a 60/ 10000-t is elérhetik (Fombonne, 2005; Gillberg, 2000). Az autizmus tünetei pedig egy életen át fennmaradnak, így a felnőttkori előfordulási gyakoriság is ez az érték körül lehet.
- Az ADHD előfordulás gyakorisága gyermek- és serdülőkorban 2,4-12,0% (Landgren és mtsai 1996; Scahill és Schwab-Stone, 2000; Brown és mtsai, 2001). A gyermek- és serdülőkori ADHD tünetei 30-50%-ban fennállnak felnőttkorban is (Kordon és Kahl, 2004; Mancini és mtsai, 1999). Az ADHD felnőttkori előfordulási aránya 2,9-16,4% közé esik (Faraone és Biederman, 2005).
- A gyermek- és serdülőkori tik zavar előfordulási arányát 1-6,6%-nak adják meg (Stern és mtsai 2005; Khalifa és von Knorring, 2003). A Tourette-szindróma élettartam előfordulási aránya 5/10000 (Cohen, Robertson, 1997). Lanzi és mtsai (2004) vizsgálatában a tikelő gyermekek 24%-ának volt diagnosztizálható Tourette-szindrómája. A gyermekek 10%-ánál maradnak meg felnőttkorra a tikek, ezek is általában enyhe formában (Cohen és Robertson, 1997).

Cikkünkben röviden ismertetjük az autizmus, az ADHD és a Tourette-szindróma tünettánát, és kezelési lehetőségeiket. Mindegyik kórképhez kapcsolódóan bemutatunk felnőtt esetet is.

Autizmus

Diagnózis

Az „autisztikus zavar” (DSM-IV) a „gyermekkori autizmus” (BNO-10), a „pervazív fejlődési zavar” (BNO-10 és DSM-IV) és a legkorszerűbb „autizmus spektrum zavar” (Autism Spectrum Disorder - ASD) fogalmak hasonló tartalmúak, és kevés eltéréssel egymásnak megfeleltethetők (Volkmar és

mtsai, 2004). Az autizmus spektrumba tartozik ezeken kívül az Asperger-szindróma és az atípikus autizmus (DSM-IV). Autisztikus zavar diagnózisa akkor állítható fel, ha minőségi elmaradás tapasztalható a szociális interakciókban (társas viselkedés kezdeményezése és elfogadása, az élmény, az érzelmek megosztása, szelektív kapcsolatok kialakulása), a kommunikációban (közös nyelv és nem nyelvi kommunikáció) és a viselkedés/ érdeklődés/ tevékenység korlátozott, ismétlődő, sablonos. Az elmaradás tünetei 3 éves kor előtt jelentkeznek. Az Asperger-féle zavarban megtalálható a minőségi romlás a szociális interakciókban és a viselkedés/ érdeklődés/ tevékenység korlátozott, ismétlődő, sablonos, de ezeken a területeken kevesebb tünet van jelen, mint az autisztikus zavarnál és nincs klinikailag jelentős elmaradás a beszédben (DSM-IV). A BNO-10 kritérium rendszerén alapuló Autizmus Diagnosztikus Algoritmust az 1. melléklet mutatja be (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, Autizmus Alapítvány, 2007; Autizmus Kutatócsoport, 1995).

A tünetek (pl. manírok, sztereotípiák a beszéd tartalmában és formai aspektusaiban, nehézség mások szándékai, érzelmei felismerésében, szociális szabályokhoz ill. spontán helyzetekhez való alkalmazkodásban, szűk körű tevékenységek, sztereotípiák, rituálék) megfigyelésén kívül igen fontos a hosszmetzeti részletes heteroanamnézis, különös figyelemmel a 3 éves kor előtti tünetekre, amelyek összegyűjtése a felnőtt esetében gyakran igen nehéz.

A felnőtt pszichiátriai rendeléseken megjelenő paciensek, akiknél az ASD diagnózisa felmerül tapasztalataink szerint az alábbi négy csoportba sorolhatók:

1. Az érintettek első csoportjánál már gyermekkorban megállapították az ASD diagnózist és autizmus-specifikus ellátásban is részesültek. Jellemzően általános értelmi és tanulási képességeik is sérültek. A közoktatásban töltött éveket követően ellátásuk még túlnyomórészt megoldatlan, ami nagyon gyakran állapot-, illetve viselkedésromláshoz vezet. Szüleik gyakran ekkor ismét felkeresnek gyermekpszichiátert, mert a gyermekkori autizmus diagnózist „felnőttkori autizmus” hiányában gyakran más (pl. szkizofrénia) diagnózis váltja fel, és adekvát terápiában (pl. tanács a viselkedést módosító eljárások felnőtt életre adaptált módszereiről) nem részesülnek.

2. Második csoport az ASD diagnózissal integráltan, hozzáértő segítség nélkül felnőtt fiatalok.

Általános tanulási képességük színvonala elég jó ahhoz, hogy tanulmányaikat folytassák. Általában igen sok segítséget kapnak családjuktól, jelentős számban magántanulók. A tanulmányok folytatása során, különösen a felsőoktatásban jelentkező fokozott és vizsgaidőszakokra koncentrált terhelés, az elsajátított ismeretek integrálási nehézségei, a diákélet megszervezéséhez szükséges rugalmasság hiánya, a szülői segítség lehetőségeinek beszűkülése gyakran állapotrosszabbodáshoz vezet. Közülük sokan ekkor egyéb pszichiátriai diagnózist (pl. szorongás, depresszió, személyiségzavar) és ehhez kapcsolódó kezelést kapnak.

3. A harmadik csoportnak felnőttkora előtt nem volt ASD diagnózisa. Gyermekként általában a „passzív”, szabálykövető magatartás jellemzi őket. Értelmi képességeik igen jók, „magasan funkcionálók”, akik tanulmányaik során „csak” magányos „furapók” gyerekek voltak, keveset beszéltek, naivitásuk miatt gyakran gúnyolódás célpontjai. Gyakran iskoláik vagy diplomájuk megszerzése után jelentkeznek pszichiátriai rendelésen, rendszerint már önmagukat diagnosztizálva valamelyik média fórumon vagy az interneten az önálló életvezetési, társas- vagy párkapcsolati nehézségeik miatt. Ezek a személyek is gyakran egyéb pszichiátriai diagnózist (pl. szorongás, depresszió, személyiségzavar) és ennek megfelelő terápiát kapnak.

4. A negyedik csoportba azok a felnőttek tartozhatnak, akik gyermekük autizmus diagnózisa kapcsán vetik fel a szakembernek saját nehézségeiket, esetleg társukét, miután életútjukat elemezve azonosították gyermekkoruk óta tapasztalt jellegzetes kölcsönös társas kommunikációs vagy önszervezési nehézségeiket, rugalmatlanságaikat.

Kezelés

Az ASD diagnózisú személyek az esetek többségében felnőtt korban is jól fejleszthetők, bár az állapot nem gyógyítható, többségük segítségre szorul egész életén át.

A kognitív-, viselkedésterápia, a direktív terápia (vizuális segédeszközök, tér-idő struktúra, aktivitási körök és feladatok megtervezése), az edukatív jellegű tanácsadás (hiányzó ismeretek és képességek lehetséges fejlesztése, ill. kompenzálása) igen hatékony segítség lehet, amelyben tanulhatják az implicit szociális tartalmak értelmezését (pl. tudat teória), és a helyes viszonyuláshoz szükséges viselkedési stratégiákat. Szükség esetén (átmeneti) gyógyszeres támogatás is felmerül-

het a másodlagos tünetek (pl. agresszív viselkedés) miatt.

Esetismertetés

A 23 éves fiatalember édesapja egy tévéműsor látán jött rá, hogy fia valószínűleg autista, ezután fordultak autizmus szakrendelésre. Hat éves korától kerestek segítséget számára, magányossága, különc viselkedése, nehéz irányíthatósága miatt, de tekintettel a fiú vizsgálati helyzetekben mutatott passzivitására és jó értelmi színvonalára, ASD diagnózis nem merült fel. Amikor ambulanciánkat felkeresték jelentős problémát okozott, hogy a felsőoktatásból az első évben kibukott és ugyan jelenleg ismét iskolás, de, megkérték, hogy ne járjon be az intézménybe (legyen magántanuló), mivel panaszkodtak a lány diáktársak, mert „üldözte” őket a vonzalmával. Esténként a szülei pénzéből a városka vendéglátó helyeiben keresett kapcsolatokat, későn járt haza, este nem hagyta a családját pihenni, délben kelt, tévézett, nem dolgozott és otthon sem segített. Ha feladatot kapott, indulatosan ellenállt. Nem sportol, nem olvas, nem tanul, barátai nincsenek.

A vizsgálatra a szülőkkel érkezett az átlagos, kissé pasztózus alkatú, renyhe orrhangzós beszédű fiatalember. A beszélgetésben egyértelműen nem okozott számára problémát családja aggodalma, életritmus, csak a lányok elutasításáról panaszkodott, akiknek ellenállásra nem keresett magyarázatot, főként nem saját viselkedésében. A dialógus során nehéz volt őt terelni, társalgást folytatni nem tudott, rendre visszatért a „lányokhoz”.

Heteroanamnézis a szülőktől. A fiú hároméves kora előtt egyértelmű tüneteket találtunk a kommunikáció, a szelektív kapcsolatok kialakulása és a sztereotíp játéktevékenységek területén: időben indult a beszéde, de rengeteg saját szót kreált, sztereotipen ismételte a hallottakat, kéréseit inkább kiabálással, sírással fejezte ki, nem szerette, ha ölbe vették, nem örült, ha játszottak vele, a játékait sorba rakosgatta, dühös volt, ha sorát megváltoztatták. A bölcsödében és az óvodában magányosan játszott, társait nem figyelte. Az iskolai életét hasonló magányosság jellemezte, de a tananyagot szülei jelentős segítségével többnyire jól elsajátította. Szabadidejében sztereotipen táblázatokat gyártott számokból és a bogarakat tanulmányozta éveken át. Meglehetősen nagy tudásra tett így szert e témában. A társas készségek, együttműködés hiányosságaira és a nagyfokú önállóságra a pedagógus hívta fel a figyelmüket, ami-

kor szakemberhez fordultak. A vizsgálatokon a jó intellektus és a félénkség fogalmazódott meg. A szülőket „elfogadásra” bíztatták.

Tekintettel arra, hogy a kivizsgálása időszakában az esti „bárlátogatásai” alkalmával egyre több pénzt költött és egyre súlyosabb konfliktusba keveredett az udvarlásai miatt (egyik alkalommal a kiválasztott/zaklatott lány udvarlójának társasága megverte és az utcán hagyta), a szülők nem merték tovább vállalni az együttélést. Ekkor egy éppen megnyílt autista-farmon találtak szülei hét közbeni elhelyezési lehetőséget. Lakhatást, társaságot, munkát és megfelelő szabadidős tevékenységeket szerveztek számára, amelyet írott napi-rend szerint végez. Munkájáért fizetést kap, kéthetente hazajár. Néhány hét alatt jelentősen rendeződött a viselkedése, házimunkát is végez, sportol, így fizikailag is sokat fejlődött, aktivitási köre bővült, életkorának megfelelően változatossá vált. A farmon beleszeretett az egyik fiatal szociális munkásba, és nem érti, dühíti a lány visszautasítása. Így most a társas viselkedés szabályainak tananyagát készítik elő számára, amelyben a helyzetek lehetőségeit és határait próbálják neki megtanítani. A rehabilitációs programjának reális perspektívája, hogy önálló lakásba költözzön.

A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (ADHD)

Diagnózis

Az ADHD központi tünetei a DSM-IV, illetve a BNO 10. kritériumrendszere szerint a figyelmetlenség, a hiperaktivitás és az impulzivitás. A klasszifikáció rendszerek 9 tünetet sorolnak fel a figyelemzavar csoportban és 9-et a hiperaktivitás/impulzivitás csoportban (1. táblázat). A BNO 10. rendszer szerint akkor állíthatjuk fel, ha mind a figyelmetlenség, mind a túlzott aktivitás/impulzivi-

tás csoportból a gyermek viselkedését legalább 6-6 tünet jellemzi. A DSM-IV meghatározása szerint a diagnózis felállítása akkor is lehetséges, ha csak egyik vagy a másik tünetcsoportból áll fenn legalább 6 tünet a gyermeknél. A diagnózist felállításához szükséges, hogy a tünetek sokkal súlyosabbak legyenek annál, mint amit a gyermek életkora vagy fejlődési szintje szerint még elfogadhatónak tartunk. A tüneteknek legalább két eltérő helyzetekben (családban, óvodában/iskolában/munkahelyen) problémát kell okozniuk. Mint korábban említettük a diagnózis felállításához az is szükséges feltétel, hogy a nehézséget okozó tüneteknek legkésőbb hét éves korig meg kell jelenniük.

Ha megnézzük a klasszifikációs rendszerben meghatározott tünetek megfogalmazását, ezek ilyen formában elsősorban a gyermekekre jellemzőek. Valószínű, hogy felnőttkori diagnosztizálást a tüneteknek a klasszifikáció rendszerekben található megfogalmazása is nehezíti. Felnőttkorban gyakran a figyelemzavar tünetei kerülnek előtérbe, a hiperaktivitás jobban kontrollált. Ilyenkor sokszor a szétesettség, impulzivitás (gondolkodás nélküli cselekedés, „forrófejűség”) okoz problémát.

Másik nehézség a diagnózis felnőttkori felállítása, hogy a klasszifikációs rendszerek ilyenkor is megkívánják a tünetek 7 éves kor előtti megjelenését. Erre vonatkozó pontos információt gyakran igen nehéz felnőttkorban kapunk.

A felnőttkori ADHD felismerését tovább nehezítheti, hogy 55-85%-ban fennáll mellette komorbid pszichiátriai kórkép (pl. pszichoaktív szerhasználattal, szorongásos kórképekkel, hangulat-zavar, személyiségzavar) (Mannuzza és mtsai, 1998; Fisher és mtsai, 2002; McGough és mtsai, 2005; Secnik és mtsai, 2005).

Az ADHD tünetei jelentősen befolyásolhatják mind a gyermek/serdülő/felnőtt teljesítményét az

1. táblázat. Az ADHD tünetei

	<i>Figyelmetlenség</i>	<i>Hiperaktivitás / impulzivitás</i>
1.	<i>Nem figyel a részletekre</i>	<i>Gyakran babrál a kezével, ülésén fészkelődik</i>
2.	<i>Nehézséget jelent a figyelem fenntartása</i>	<i>Gyakran elhagyja a helyét az osztályban</i>
3.	<i>Úgy tűnik nem figyel, ha beszélnek hozzá</i>	<i>Rohangál, ugrál gyakran</i>
4.	<i>Nem tudja befejezni a feladatait</i>	<i>Önálló, nyugodt játékban nehézségei vannak</i>
5.	<i>Nehezen szervezi meg a feladatait</i>	<i>Gyakran izeg-mozog, mint akit felhúztak</i>
6.	<i>Tartós figyelmet igénylő feladatokat elkerüli</i>	<i>Túl sokat beszél</i>
7.	<i>Gyakran elveszíti a dolgait</i>	<i>Kimondja a választ a kérdés vége előtt</i>
8.	<i>Külső ingerek könnyen elvonják a figyelmét</i>	<i>Nehézsége van a várakozással</i>

iskolában/munkában, mind a társas kapcsolatait ezért rendkívül fontos a megfelelő kezelés.

Az ADHD kezelése

Az ADHD kezelésére nem-gyógyszeres (pl. felvilágosítás, tréning, kognitív-viselkedésterápia) és gyógyszeres (methylphenidate, atomoxetine) kezelés áll a szakemberek rendelkezésére (Taylor és mtsai, 2004). Randomizált, kontrollált vizsgálatok szerint az ADHD tüneteire rövidtávon a gyógyszeres kezelés hatékonyabbnak bizonyul, mint a nem-gyógyszeres terápia, a kombinált gyógyszeres és viselkedésterápia pedig hatékonyabbnak, mint a gyógyszeres terápia magában (MTA Cooperative Group, 1999).

Esetismertetés

A 36 éves férfi egy éve kereste fel ambulanciánkat egy barátja javaslatára. Elmondja, hogy a barátja, aki ADHD miatt kezelés alatt áll, hívta fel a figyelmét, hogy szerinte hasonló tüneteik vannak. A barát pl. jelezte, hogy ha beszélgetnek, nem tud egy témára hosszabban odafigyelni, ide-oda kapkod. Ekkor elkezdett olvasni az ADHD-ról, pl. az interneten elég sok anyagot talált: „...és rájöttem, nekem is régóta hasonló tüneteim vannak, mint a barátomnak és ezek nagyon sok területen befolyásolják az életemet, és meg is nehezítik”.

Tünetek: „Nagyon nehéz volt hosszabban koncentrálnom. A főiskolán is, ha valamit meg kellett tanulnom be kellett zárkóznom, egyedül kellett lennem, nem tudtam pl. könyvtárban tanulni... Egy általános nyugtalanág is jellemző volt rám. A fejemben cikáztak a gondolatok... Nem tudtam egy dolgot hosszabban csinálni, pl. még egy parkban sem tudtam nyugodtan végigsétálni, mert közben arra gondoltam, hogy most gyorsan átme gyek a parkon, aztán közben elintézek egy telefont, aztán megiszom egy kávé és közben elolvások egy fejezet egy szakmai könyvből... Pörgő életet éltem, ezt én kerestem, de igazán semmit sem tudtam végigcsinálni. Szóval az volt rám jellemző, hogy gyorsan ezt, aztán gyorsan azt...”

Korábban: „a szüleim már gyermekkoromban megfigyeltek nálam egy nyugtalanságot. Pontosan emlékszem, hogy a szüleim mindig azt mondták, pont ezekkel szavakkal, hogy majd kinövöm... Emlékszem, hogy a tanárain is panaszkodtak, hogy nem vagyok képes a helyemen ülni. Azt is mondták, hogy nagyon gyorsan átlátom a feladataimat, de aztán nem vagyok képes azokat befejezni... Végiggondolva egy folyamatosságot

látok a gyerekkoromtól mostanáig: mindig is pörgő voltam és ez a pörgés fontos nekem...”

Életvezetési problémák. Az érettségi után három főiskolára is járt három városban. Kettőt ezek közül nem fejezett be, a harmadik elvégzése nagy erőfeszítésbe került, annak ellenére, hogy kifejezetten jó képességű. Megpróbált stabilan elhelyezkedni, de csak rövid ideig bírta.

Rövid párkapcsolatai voltak: „Nehéz velem és nekem valakivel...” Baráti kapcsolatok is sérültek: „A másik gondolatainak megértése is odafigyelést, türelmet igényel, ami nekem nem volt...” A munka területén: „Tizennyolc évesen ez még nem érdekelt, de most, hogy komoly felelősség teli munkát kell végeznem, zavar ez a kapkodás...”

Diagnosztika-differenciáldiagnosztika

A fentiekből és a kivizsgálás során elvégzett kérdőívekből kiderül, hogy mind a figyelemzavar, mind a hiperaktivitás és impulzivitás számos tünete (mindkét csoportból több, mint 6) több területen (munka, magánélet) nehézséget okoztak számára és a környezetének. A tünetek már gyermekkorában problémát jelentettek és azóta folyamatosan fennállnak. Differenciáldiagnosztikailag felmerül a bipoláris zavar (mániás/hipomán epizód) a fokozott aktivitás, a gondolatrohanás és a figyelemzavar tünetek miatt, de mivel ezek folyamatosan fennállnak a gyermekora óta, nem volt sem hullámzás a lefolyásban, valamint depressziós időszak sem volt, így a bipoláris zavar diagnózisa kizárható. Felmerülhet ezen kívül a depressziós epizód diagnózisa a figyelemzavar és a pszichomotoros felgyorsultság miatt, de mivel a depressziós epizód egyéb tünetei hiányoznak, mint pl. levert hangulat, anhedónia, önértékelési zavar, így ez is kizárható.

Terápia

Egy éve kezelésben részesül. Környezetében többeknek feltűnt (olyanoknak is, akik nem tudnak a kezeléséről), hogy összeszedettebb és megfontoltabb: „a barátom is mondta, hogy már maga az, hogy így hosszabban tudunk erről a témáról beszélgetni, azt jelzi, hogy sokat változtam, mióta kezelnek... először az tűnt fel, amióta kezelés alatt állok, hogy a környezetemmel való kapcsolatom megváltozott, jobban be tudom fogadni a dolgokat, más emberek gondolataiba jobban bele tudok mélyedni. A munkámban is jobban át tudom gondolni a részleteket... mint mondtam, mindig is

pörgő voltam, most is az vagyok, de irányítottan pörgök... Legyen csak egy séta a parkban, azt másképp élvezi az ember, ha oda tud figyelni...”

Tourette-szindróma

Diagnózis

A tik akaratlan, hirtelen jelentkező, gyors, rövid ideig tartó, ismétlődő mozgás (motoros tik) vagy hangadás (vokális tik). Mind a motoros, mind a vokális tikek lehetnek egyszerűek és összetettek (2. táblázat). A klasszifikációs rendszerek (DSM IV, BNO10) külön kórképként említik az enyhe, csak motoros, illetve csak vokális tik zavart. Tourette-szindrómáról akkor beszélünk, ha a multiplex motoros tikek mellett legalább egy vokális tik jelentkezik és minimum egy éve fennállnak (nem szükséges egyszerre). A diagnózis feltétele, hogy a tikek szenvedést, illetve szociális károsodást okoznak, valamint 18 éves kor előtt jelentkeztek (DSM-IV). Ez a tünet együttes a BNO 10-ben „Kombinált vokális és multiplex motoros tik (zavar)” néven szerepel.

A tikek átmenetileg elnyomhatóak, tartós elnyomás esetén azonban gyakran felerősödnek. A tünetek intenzitásának lefolyása hullámzó, és gyakran jelentkezik tünetváltás. Típusosan 8 éves kor körül kezdődnek a tünetek, serdülő korban felerősödnek és felnőtt korra enyhülnek, illetve meg is szűnnek (Kenney és mtsai, 2008).

Az esetek jelentős (80%) hányadánál a tikeket erős késztetés érzés előzi meg és a végrehajtás után megkönnyebbülés érzet következik. Más mozgászavartól (pl. chorea, mioklonus, disztónia) többek között ezek a tikeket megelőző, illetve követő érzések különítik el (Kenney és mtsai, 2008). Coprolalia (akaratlan káromkodás) a Tourette-szindrómások kb. 10%-ánál fordul elő (Cohen és Robertson 1997).

A Tourette-szindróma mellett több mint 50%-ban fennáll komorbid kórkép: 60%-ban ADHD, 25%-ban kényszeres tünet, 15%-ban viselkedési zavar (Stern és mtsai 2005) figyelhető meg, 20%-uknál találunk major depressziós epizódot és 18%-uknál szorongásos zavart (Robertson 2000).

A Tourette-szindróma gyakran súlyosan károsíthatja az illető önértékelését, szociális helyzetét.

Kezelés

A Tourette-szindróma kezelésére nem-gyógyszeres (pl. felvilágosítás, kognitív-viselkedés terápia) és gyógyszeres – hazánkban haloperidol és tiapridal, illetve egyéni gyógyszerimporttal Orap; az irodalmi adatok alapján pedig számos második generációs antipszichotikum (pl. risperidon, quetiapin) áll a szakemberek rendelkezésére, de utóbbiak alkalmazási előírásában a Tourette-szindróma javallatként nem szerepel (Scahill és mtsai, 2003; Mukaddes és Abali, 2003; Seo és mtsai, 2008). Sajnos a kezelés sem képes gyakran a tüneteket megszüntetni.

Esetismertetés

A Tourette-szindróma egyike azoknak a betegségeknek, melyek számára a világháló, az információs társadalom elektronikus felülete a betegség felismerésétől a terápiás lehetőségek felkutatásáig új utakat nyit meg. A felnőttkori kórformák jellegzetességeit ezért ennek az új nyilvánosságból, a blogokból származó idézetekkel szeretnénk bemutatni.

Az internetről származó információk sokszor segítik ma már azt a világhálón jól mozgó fiatal felnőttet abban, hogy felfedezze a gyermekkorban nem felismert vagy éppen félreismert problémáját. „Kb. tízéves koromban kezdődhetett nálam ez a betegség (a leírtak alapján valószínűsítem, hogy nekem már akkor ez lehetett a problémám). Krákogással kezdődött, és az orvos, akihez anyukám annak idején elvitt, semmit nem tudhatott erről a betegségről, hát kivetette a mandulám (a műtét nem oldott meg semmit, bár egy ideig a műtéti fájdalmak miatt nem mertem krákogni). Később a krákogás elmúlt, majd jött helyette a pislogás, aztán fejrángatás, orrhúzogatás, kicsit később kb. 14 éves korom környékén jött az ún. hümmögés, ami eléggé idegesítette a közvetlen környezetemet... volt egy rövidebb időszak, amikor elmúltak a tünetek, kb. egy évre, majd sajnos újra jelentkeztek,

2. táblázat Példák a motoros és vokális tikre (Kenney és mtsai, 2008/2 alapján)

	Motoros tik	Vokális tik
Egyszerű	Pislogás, orrfintorgás, vállforgatás	Köhécselés, szipogás, rögögés, krákogás
Összetett	Fejrázás, ütögetés, szagolgatás, copropraxia	Coprolalia, echolalia

megint más tünetekkel (a torkommal furcsán hangosan szívom a levegőt, de ezt is csak itthon, barátomat már rettenetesen idegesíti... és engem is. Próbáltam abbahagyni, de hiába, egy rövid ideig tudom csak visszatartani. Sajnos már 30 éves elmúltam, ezek szerint kinőni már nem fogom.”

A tünetek a serdülést megelőző időszakban kulminálnak, majd felnőtt korra gyakran annyira enyhülnek, hogy a mindennapi életben csak minimális akadályt jelentenek:

„...mások is mindig ezt kérdezik, hogy akarattal hogy tudom visszafogni. Ez nekem is először 1 percig ment maximum, de fokozatos gyakorlással lehet tágítani az időt. Mindennap egy kicsit több ideig fogtam vissza. Meg magamtól szerintem nekem sem ment volna, de rá voltam kényszerítve, mert ott volt az a lány, aki tetszett és nem akartam, hogy olyannak lásson... kicsit hasonlít a kényszerselekvésre ez a Tourette, és a kényszerselekvésnél is nagyon sok embernek működött, hogy ha akarattal visszatartotta kb. olyan fél óráig vagy többig, akkor enyhült a késztetésük. Mostanában ha tikelek, akkor is a számom belül, a fogaimmal szoktam, meg a nyelvemet szoktam kicsit harapdálni, ezeket annyira nem tudom befolyásolni, mert túl rövid mozdulatok ahhoz, viszont ezekben az a jó, hogy kívülről senki se látja...”

A serdülőkor a tikelő fiatalok számára a felnőttkorra átnyúló nehézségeket hozhat magával. Ezek a témák majdnem minden blog-bejegyzésben megjelennek:

„Én 34 éves nő vagyok és kb. 6 éves koromtól tikelek. Ezek nálam izomhúzóadási kényszerekben jelentkeznek, mindössze tini koromban volt 1 évig rángásom. Sajnos még mindig nem sikerült őket megfelelően elfogadnom, ezért nagyon feszültté tesznek, holott néha alig láthatóak. Furcsa közérzettel járnak. Szociális fóbiás lettem miattuk. Egy teljes élet éléséhez teljesen el kellene őket fogadnom... úgy szégyelltem, csúfoltak is. Ugyanakkor egyik férfi rokonom (akitől örököltem) sokkal erősebb tikekkel híres, elismert ember, eszébe sincs szégyellnie magát. Hogyan tudnám magam jobban megszeretni?...”

„...olyan általános iskolás koromban kezdett kijönni, előtte is biztos volt, de nem vettem észre akkor még. És gimiben kezdett fölerősödni nagyon, úgy hogy nem mertem még az utcára se kimeni és nagyon depressziós is lettem tőle. Meg persze mindenki csúfolt és ki lettem közösítve rendesen...”

Felnőtt betegekkel való találkozások alkalmával jellegzetesen felmerül, hogy a tüneteket betegségként kell-e megfogalmaznunk, mit várhatunk az orvosi segítségtől, mennyire maradnak magukra akkor is, ha megkapják a diagnózist:

„...régebben azt olvastam, hogy bizonyos korosztályoknál szinte teljesen természetes a kényszerselekvés, meg a tikkelés, aztán úgymond “kinövik”. Ez valóban így van? És akkor valóban használ-e, ha ezt betegségként diagnosztizálják? Arra gondolok, hogy ha rám azt mondják, hogy beteg vagyok, akkor annak is fogom érezni magam. (ezt most nem tudom jobban megfogalmazni, bocsi...) Honnan lehet tudni, hogy a kinövös fajta.) vagy a nem kinövös fajta változattal állunk-e szemben?”

„...szóval annyira nem vagyok “beteg”, hogy a “gyógyításra” szakosodott intézmények rám akarnak áldozni zsúfolt munkaidejüket, de nem vagyok annyira egészséges/"normális", hogy rendben levőnek, megfelelőnek - és főleg - nem javíthatónak ítélném meg állapotomat.”

A többnyire fiatal felnőtteket érthető módon foglalkoztatja a betegség öröklődésének kérdése, ha gyermekük születik, fokozott aggodalommal figyelik az első gyanúsnak tűnő jeleket:

„...a barátom is valószínűleg Tourette-s, a tünetei már gyerekkora óta megvannak (válrángatás, orrhúzogató, fejnyújtogató, lábujj mozgatás)... apjának, nagypapjának is vannak ilyen tünetei. A további öröklés kimutatható-e? Illetve mennyi a valószínűsége, hogy erősebb, zavaróbb tünetekkel öröklődik?...”

„Van egy ötéves fiam, aki hároméves kora óta tik zavarral küzd... akkor elvittem pszichológushoz 3 hónapig jártunk megfigyelte... annyit mondott, hogy nem Tourette-szindróma, mert én azzal mentem oda hozzá ... de sajnos az idő azóta engem igazolt... az összes lehetséges tünetét produkálta hajlongás, bólogatás, az összes vokális és hangadásos tik jelen volt. Azt hittem, megőrülök...”

A gyógyszeres kezelés lehetőségeit sajnos a gyakran elégtelen hatás és ugyanakkor a mellékhatások kellemetlensége korlátozza. Ennek megfelelően érthető a csalódottság az orvosi ellátásban és a tradicionális gyógyszerelésben, és érthető a törekvés az alternatív gyógymódok vagy az önségítés irányában is.

„Már az is félsiker lenne, ha tudnám pontosan, mi a bajom, és hogy tudom kordában tartani lehetőleg “vegyszerek” nélkül...”

„Voltam orvosnál, egy éve kb. kaptam valami antidepresszánt, ami teljesen kiütött, Egy hónapig szedtem, és elég is volt... nem szeretnék sem nyugtatót, sem erős gyógyszert szedni, nem vagyok a híve. Tud valami más megoldást, homeopátiás készítményt, vagy gyógyteát...”

És végül a weben megjelenik a legújabb gyógy mód is, a mély agyi stimuláció (Deep Brain Stimulation, DBS): „Tegnap volt egy műsor a Discovery Channelen, miszerint a Parkinson-kórnál alkalmazott műtéti beavatkozás szinte tünetmentessé teszi a Tourette-szindrómások tikjeit... remélem minél hamarabb elkezdik itthon is műteni.”

Összefoglalás

A felnőttkorra áthúzódó ADHD, Tourette-szindróma és autizmus az életfunkciókra sokféle mó-

don ható betegségek, melyek ugyanakkor az egyén életének elválaszthatatlan részévé váló és az életminőséget ily módon befolyásoló jelenségek. Felismerésükhöz, kezelésükhöz és az esetleges polipragmáziával járó iatrogénia elkerüléséhez a korszerű orvos-szakmai ismeretek mellett különösen nagy szükség van empátiás készségre, az autizmus és a Tourette-szindróma esetében a nehezen befolyásolható zavarok iránti alázatra és egyúttal nyitottságra a világhálón és egyéb forrásokból már egyre jobban képzett betegek felé.

Levelezési cím:

Balázs Judit

Vadaskert Alapítvány, Gyermekpszichiátriai

Kórház és Szakambulancia

Budapest, 1021, Hűvösvölgyi út 116.

Email: judit.agnes.balazs@gmail.com

1. melléklet. Autizmus Diagnosztikus Algoritmus, BNO-10 (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, Autizmus Alapítvány, 2007; Autizmus Kutatócsoport, 1995)

I. 3 éves kor előtt már megjelenő abnormális vagy károsodott fejlődés

(a háromból legalább egy területen késés vagy abnormális fejlődés)

- Használt receptív és/vagy expresszív beszéd szociális kommunikációban
- A szelektív szociális kapcsolatok kialakulása és/vagy kölcsönösséget igénylő szociális interakció
- Funkcionális és/vagy szimbolikus játék

II. Minőségileg károsodott reciprok szociális interakció

(min. két területen a négyből)

- A szemkontaktus, arckifejezés, testtartás, gesztikuláció nem megfelelő használata a szociális interakció szabályozása szempontjából.
- Kortárskapcsolatok (amelyek az érdeklődés, aktivitások és érzelmek kölcsönös megosztását is jelentik) kialakulásának zavara (bőséges alkalom ellenére, és kornak megfelelő szinten).
- Ritkán keres vagy használ más személyeket vigasztalásért, szeretetért, stressz vagy kétségbeesés esetén, ill. ritkán nyújt hasonló vigasztalást hasonló helyzetben másoknak.
- Közös öröm hiánya, mások boldogságának megosztása vagy saját öröm megosztásának spontán keresése közös dolgokban való részvételen át.

III. A kommunikáció minőségileg károsodott

(min. két területen az ötből)

- A beszéd kialakulásának késése vagy teljes hiánya (amelyet nem kísér kompenzációs kísérlet a gesztikuláció területen), gyakran a kommunikatív gagyogás is hiányzik.
- A saját beszéd szinten is relatív hiánya a kölcsönös társalgás (kétirányú rezponzivitás egy másik személy kommunikációjára) kezdeményezésének vagy fenntartásának.
- Sztereotip, repetitív vagy idioszinkratikus beszéd (szó vagy mondat) használat.
- A hangmagasság. Hangsúly, beszédsebesség, beszédritmus és intonáció (hangsúly) abnormitása.
- Változatos, spontán szerepjáték, ill. (fiatalkorban) a szociális imitatív játék hiánya.

IV. Szűk spektrumú, repetitív, sztereotip viselkedés, érdeklődés és aktivitási minták

(min. kettő a hat területről)

- Sztereotip, korlátozott érdeklődésminta, amely lefoglalja.
- Szokatlan tárgyakhoz való ragaszkodás.
- Nyilvánvalóan kényszeres ragaszkodás specifikus, nem funkcionális rutinokhoz és rituálékhoz.
- Sztereotip-repetitív motoros manírok (kéz- vagy ujjlebegtetés, röpöködés, csavargatás vagy komplex testmozgások).
- A játék részeivel, nem funkcionális elemeivel való foglalkozás (szaguk, felszínük, zajuk, vibrációjuk).
- Kétségbeesés a környezet kis, nem funkcionális részleteinek megváltozásakor.

IRODALOM

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC. 1994
- Brown RT, Freeman WS, Perrin JM, Stein MT, Amler RW, Feldman HM, Pierce K, Wolraich ML. Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary settings. *Pediatrics*, 2001;107(3):E43
- Cohen SB, Robertson MM. Tourette Syndrome. Tények, II. kiadás, Oxford kiadó, 1997
- Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *J Atten Disord*, 2005;9(2):384-391
- Fischer M, Barkley RA, Smallish L, Fletcher K. Young adult follow-up of hyperactive children: self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen *Can J Abn Child Psychol*. 2002;30(5):463-475
- Fombonne E. Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorder. *J Clin Psychiatry*, 2005;66(10):3-8
- Gillberg C, Coleman M. The Biology of the Autistic Syndromes. 3rd edition. MacKeith Press, 2000
- Kenney C, Kuo SH, Jimenez-Shahed J. Tourette's syndrome. *Am Fam Physician*. 2008 Mar 1;77(5):651-8.
- Kenney C, Kuo SH, Jimenez-Shahed J. Tourette-szindróma. *Orvostovábbképző Szemle* 11, 12, 2008 dec.
- Khalifa N, von Knorring AL. Prevalence of the tic disorder and the Tourette syndrome in a Swedish school population. *Dev Med Child Neurol*. 2003;45:315-319
- Kordon A, Kahl KG. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adulthood. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 2004;54(3-4):124-136
- Landgren M, Pettersson R, Kjellman B, Gillberg C. ADHD, DAMP and other neurodevelopmental /psychiatric disorders in 6-year-old children: epidemiology and co-morbidity. *Dev Med Child Neurol*, 1996;38(10):891-906
- Lanzi G, Zambrino CA, Termine C, Palestina M, Ferrari Ginevra O, Orcesi S, Manfredi P, Beghi E. Prevalence of the tic disorders among primary school students in the city of Pavia, Italy. *Arch Dis Child*, 2004;89(1):45-47
- Mancini C, Van Ameringen M, Oakman JM, Figueiredo D. Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. *Psychol Med*, 1999;29(3):515-525
- Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry*, 1998;155(4):493-498
- McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE, Loo S. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *Am J Psychiatry*, 2005;162(9):1621-1627
- MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1999;56:1073-1086
- Mukaddes NM, Abali O. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2003 Fall;13(3):295-9.
- Pszichiátriai Szakmai Kollégium, Autizmus Alapítvány, 2007. Az Egészségügyi Minisztérium Szakmai Irányelve Az Autizmusról / autizmus spektrum zavarról. www.google.hu/search?hl=hu&q=a+utizmus+szakmai+protokoll&meta=&rlz=1W1SUNA_en&aq=f&oq=-utolsó+megttekintés:2009.március+31.
- Robertson MM. Tourette's syndrome, associated conditions and the complexities of treatment. *Brain*, 2000;123(3):425-462
- Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2000;9(3):541-555
- Scahill L, Leckman JF, Schultz RT, Katsovich L, Peterson BS. A placebo-controlled trial of risperidone in Tourette syndrome. *Neurology*. 2003 Apr 8;60(7):1130-5.
- Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*, 2005;23(1):93-102
- Stern JS, Burza S, Robertson MM. Gilles de la Tourette's Syndrome and its impact in the UK. *Postgrad Med J*, 2005;81;12-19
- Seo WS, Sung HM, Sea HS, Bai DS. Aripiprazole treatment of children and adolescents with Tourette disorder or chronic tic disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2008 Apr;18(2):197-205.
- Taylor E, Dopfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Rothenberger A, Sonuga-Barke E, Steinhausen HC, Zuddas A. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder — first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2004;13 Suppl 1:17-30
- Volkmar FR, Lord C, Bailey A, Klin A. Autism and pervasive developmental disorders. *J Child Psychol and Psychiatr*, 2004; 45:1, 135-170.